

FORMULAIRE D'AUTORISATION

Je, soussigné, NONVIKAN KARL AUGUST ALAHASSA, mandate par les présentes mes procureurs de l'étude MEDLÉGAL pour agir à toute fin que de droit en mon nom pour consulter mon dossier tenu par le CHUM, incluant la clinique JAP, ainsi que tout document se rapportant audit dossier. J'autorise Medlégale à en obtenir une copie complète et intégrale.

Une copie du présent formulaire d'autorisation fait office d'original.

ET J'AI SIGNÉ à Montréal, le 11 Juin 2020



NONVIKAN KARL AUGUST ALAHASSA

NOM :

NONVIKAN KARL AUGUST ALAHASSA

DATE DE NAISSANCE :

23.07.1991

NOM DE LA MÈRE :

DOHOV PATRICIA KPEDETIN

NOM DU PÈRE :

ALAHASSA Koo vi

NAMQ :

Notre dossier : 00122-003